

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАПОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Функциональное нарушение двигательной активности кишечника - наиболее распространенная патология органов желудочно-кишечного тракта как вне беременности, так и во время нее. Основным проявлением данной патологии являются запоры.

Ключевые слова: хронические запоры, гестация, методы коррекции, слабительные средства

По обобщенным статистическим данным, при беременности частота встречаемости запоров варьирует в пределах от 11 до 38%. На эти цифры значительное влияние оказывают социоэкономические факторы, характер питания и т.п. в разных странах (среди неевропейского населения США запор встречается на 30% чаще). Так, в США у женщин запор в I, II, III триместрах беременности и послеродовом периоде выявляется в 24, 26, 16 и 24% случаев соответственно, в то время как в Испании исследователями представлены другие данные: 45,4, 37,1, 39,4 и 41,8% соответственно. Это говорит о высокой распространенности запоров и связанных с этой проблемой осложнений.

Римские критерии III пересмотра, опубликованные в 2006 г., унифицировали понятие хронического запора.

Критерии представлены в виде набора характерных симптомов, выявление 2 и более из которых в течение последних 3 месяцев с высокой степенью вероятности позволяет установить диагноз:

- 1) чрезмерное натуживание более чем в 25% всех дефекаций,
- 2) отделение малого количества (< 35 г/сут) кала большой плотности, сухости, фрагментированного (по типу «овечьего») кала в 25% дефекаций,
- 3) чувство неполного опорожнения более чем в 1/4 всех дефекаций,
- 4) чувство аноректальной обструкции более чем в 1/4 всех дефекаций,
- 5) необходимость в мануальных приемах (пальцевое удаление кала или поддержка тазового дна) для облегчения, по крайней мере, 25% дефекаций,
- 6) стул реже 3 раз в неделю,
- 7) редкость самостоятельного стула без использования слабительных средств,
- 8) неполное соответствие критериям СРК (отсутствие болей в животе).

Запоры могут быть разделены на три группы: первичные, вторичные и идиопатические. Причиной первичных запоров являются аномалии и пороки развития толстой кишки. Вторичные запоры являются следствием различных болезней и побочного действия лекарств. К идиопатическому

относят запор, являющийся следствием нарушений моторной функции толстой кишки, причина которых неизвестна (инертная кишка, идиопатический мегаколон и др.). Запоры, возникающие у женщин в период беременности, могут быть отнесены к вторичным.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАПОРОВ

Значительное распространение этого заболевания у беременных обусловлено физиологическими сдвигами в системе пищеварения и изменением ее регуляции в гестационном периоде.

Во время беременности происходит повышение выработки прогестерона, одной из основных функций которого является поддержание нормального течения беременности. Он оказывает расслабляющее действие не только на мускулатуру матки, но и на другие гладкомышечные органы: мочевыводящие пути, ЖКТ. Это приводит к понижению двигательной активности кишечника.

Со II триместра беременности происходят изменения топографо-анатомических характеристик матки, которая постепенно увеличивается в размерах и сдавливает органы брюшной полости. При этом частично нарушается кровообращение (венозный застой в сосудах малого таза), что отражается на функции кишечника, в т.ч. и эвакуаторно-моторной: перистальтика становится вялой, увеличиваются процессы брожения и метеоризма.

Ослабление автоматической ритмической деятельности кишечника у беременных происходит вследствие повышения порога возбудимости его рецепторов к биологически активным веществам. Простагландины, влияя на тонус гладкой мускулатуры, активизируют деятельность кишечника. Однако при беременности он становится толерантным к обычным физиологическим раздражителям. Это биологически оправданно, т.к. при наличии общей с маткой иннервации любое чрезмерное повышение перистальтики кишечника могло бы возбудить сократительную деятельность матки, вызвав угрозу прерывания беременности. Во время беременности происходит снижение моторной функции толстой кишки, клинически выражающееся в запорах и метеоризме.

Таким образом, гипотоническое состояние кишечника во время беременности — это защитная реакция, но ее следствием являются запоры.

Проблемы, приводящие к запорам, не исчезают и после родов: растянутые во время беременности мышцы живота, которые недостаточно поддерживают кишечник и внутренние органы, прием обезболивающих препаратов, а также просто страх перед тем, что напряжение повредит швам.

Длительный стаз кишечного содержимого вызывает нарушения в биоценозе толстой кишки и способствует активации условно-патогенной микрофлоры, транслокации микробов и их токсинов через кишечную стенку, что является фактором риска, а в ряде случаев и непосредственной причиной осложнений беременности, родов и послеродового периода. Запор вызывает нарушение биоценоза цервикального канала влагалища, что может явиться причиной восходящего инфицирования плода. Течение беременности на фоне толстокишечного стаза часто осложняется угрозой прерывания, несвоевременным излитием околоплодных вод, эндометритом.

При запоре беременных отклонения иммунологических параметров в 2–3 раза тяжелее гестационных. Поэтому гестационные запоры — это патология, требующая обязательной коррекции. При отсутствии адекватной терапии запор является одним из факторов риска гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде.

■ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Диагноз устанавливается в результате:

- сбора анамнеза (исключение недостаточного количества пищевых волокон в рационе, исключение влияния приема лекарственных средств, выявление «симптомов тревоги»);
- клинического обследования (пальпация брюшной полости, ректальное исследование);
- лабораторно-инструментальные исследования (развернутый клинический анализ крови, анализ кала для выявления «симптомов тревоги»: анемия, увеличение СОЭ, положительная реакция Вебера; биохимические анализы крови и определение уровня гормонов в крови);
- при наличии «симптомов тревоги» инструментальные исследования (ректороманоскопия, колоноскопия).

■ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

При акте дефекации с запорами возможно выделение крови из прямой кишки. Наиболее частой причиной ректальных кровотечений во время беременности является геморрой. Тем не менее необходимо иметь в виду и другие болезни, в частности доброкачественные и злокачественные опухоли. Поэтому только при отсутствии данных, свидетельствующих об органических заболеваниях кишечника, запор может быть объяснен беременностью. Дифференциально-диагностические трудности разрешаются с помощью колоноскопии.

Для дифференциальной диагностики с динамической непроходимостью вследствие гиперпродукции прогестерона определяют содержание этого гормона в сыворотке крови. При механической кишечной непроходимости показано срочное хирургическое лечение. Динамическая непроходимость обычно проявляется сильно увеличенным, но симме-

тричным животом, отсутствием перистальтических шумов и заполненной калом прямой кишкой. При механической кишечной непроходимости, вызванной сдавливанием маткой сигмовидной кишки, живот вздут, асимметричен, нередко боль сопровождается видимой на глаз перистальтикой, громким урчанием и переливанием в животе. При пальпации определяется шум «плеска». Ампула прямой кишки пустая. Для кишечной непроходимости характерны раздутые газом сегменты кишки, располагающиеся проксимально от места непроходимости, выявляемые на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости или во время УЗИ. Однако проведение рентгенологических исследований у беременных противопоказано.

■ Проблемы, приводящие к запорам, не исчезают и после родов: растянутые во время беременности мышцы живота, которые недостаточно поддерживают кишечник и внутренние органы, прием обезболивающих препаратов, а также просто страх перед тем, что напряжение повредит швам.

В клинической практике врач встречается с двумя группами беременных с запорами:

- 1) женщинами, страдавшими запорами до беременности (чаще это рожавшие женщины). Эти беременные имеют отягощенный анамнез не всегда эффективного приема слабительных препаратов. Лечение этих беременных представляет большие сложности;
- 2) женщинами, у которых эта проблема возникла только с наступлением беременности.

■ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ЗАПОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ

К сожалению, проблема рациональной терапии толстокишечного стаза далека от решения. Во многом это связано с ограничением спектра слабительных средств, разрешенных к применению в акушерстве.

Очень важна информированность женщины о рациональных подходах к терапии запоров. Самолечение слабительными препаратами во время беременности нежелательно. Лечение гестационных запоров необходимо начинать с немедикаментозных мероприятий.

Для нормального функционирования кишечника пересматривают режим физической нагрузки, т.к. необходима мышечная нагрузка, размеры и виды которой должен определять врач.

Рекомендуется лечебное питание, соответствующее диете №3, целью которого является обеспечение полноценного питания беременной с нормальным содержанием белков, жиров, углеводов, минеральных веществ, повышенным содержанием механических и химических стимуляторов моторной функции кишечника, исключением продуктов, усилива-

ющих брожение и гниение в кишечнике. Число приемов пищи должно быть не менее 4–5 раз в день. Если нет специальных противопоказаний (болезни сердца, отеки и др.), то показано выпивать в сутки примерно до 1,5 л жидкости для ускорения эвакуации каловых масс. Рекомендуется минеральная вода: эссендуки №4 и 17, баталинская, славянская, джермук и др. При запорах с повышенной сократительной деятельностью кишечника (боли в животе) предпочтительнее прием теплой минеральной воды.

Физические методы лечения (электрофорез новокаина, индуктотермия, электростимуляция, диадинамические токи, синусоидальные модулированные токи) беременным противопоказаны, т.к. велика опасность стимуляции сократительной деятельности матки, сенсibilизации организма, неблагоприятного воздействия на плод. Такие методы физического воздействия, как гальванический воротник по Щербаку, акупунктура, аэроионотерапия, электросон, допустимы до и после родов.

И если всех перечисленных мероприятий оказывается недостаточно, к немедикаментозным методам воздействия добавляются слабительные препараты, разрешенные во время беременности. Применение слабительных средств должно быть дифференцированным в зависимости от этиологии и патогенеза запора.

Группы слабительных средств:

1. Средства, усиливающие секрецию или непосредственно влияющие на эпителиальные, нервные или гладкомышечные клетки (раздражающие средства):

- антрахиноны (сенна);
- производные дефенилметана (фенолфталеин, бисакодил, пикосульфат натрия);

Рисунок. Механизм действия препарата Дюфалак

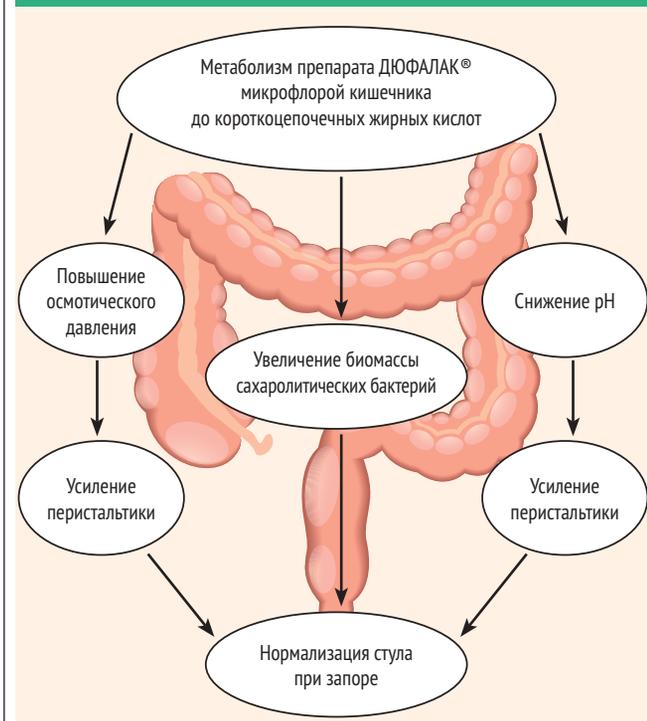


Таблица. Информация о безопасности применения слабительных средств у беременных согласно градации FDA [10]

Лекарственный препарат	Категория	Средняя доза
Полиэтиленгликоль	C	17 г/сут
Лактулоза	B	15—30 мл/сут
Сенна	C	17—34 мг/сут
Бисакодил	B	5—30 мг/сут

Примечание.

Класс В: нет доказательств повреждающего действия на плод (принимались ограниченным числом беременных).

Класс С: возможно обратимое воздействие на плод (эмбриотоксическое действие у животных). Контролируемые исследования у людей не проводились.

- рицинолевая кислота (касторовое масло).
- 2. Осмотические вещества:
 - солевые (сульфат магния);
 - слабоабсорбируемые ди- и полисахариды (лактюлоза);
 - спирты (полиэтиленгликоль).
- 3. Средства, увеличивающие объем кишечного содержимого (семя подорожника, отруби).
- 4. Средства, размягчающие каловые массы (минеральные масла).

При длительном бесконтрольном приеме слабительных препаратов возможно привыкание, сопровождающееся полной потерей самостоятельных позывов к дефекации.

Также необходимо учитывать различные побочные эффекты слабительных препаратов. Раздражающие слабительные (препараты сенны, бисакодил, касторовое масло) могут вызвать рефлекторные боли, диарею, нарушение электролитного обмена, развитие привыкания и оказывают мутагенное действие. Размягчающие слабительные средства (вазелиновое масло и др.) депонируются в стенке кишечника, что может приводить к нарушению всасывания жирорастворимых витаминов. Средства, увеличивающие объем кишечного содержимого (пищевые волокна — клетчатка и пектин), требуют приема большого количества жидкости, что нарушает водный баланс и может провоцировать отеки, а необходимый эффект развивается через 10–20 дней.

Действие некоторых слабительных средств основано на стимулировании сокращения гладкой мускулатуры, которое во время беременности совсем не показано, т.к. усиливает угрозу прерывания беременности. Другие препараты требуют большого количества жидкости, что тоже нежелательно во время беременности, т.к. возрастает нагрузка на почки. Таким образом, очевидно, что спектр слабительных препаратов, который можно применять при беременности, значительно сужается. Препараты должны быть безопасны для плода, женщины и нормального течения беременности.

Одним из таких препаратов является лактулоза (препарат Дюфалак). При производстве лактулозы используется молочная сыворотка, которая получается в процессе приготовления сыра. Затем из лактозы производится лактулоза, которая представляет собой дисахарид фруктозы и галактозы. Это вещество

не всасывается и не расщепляется, т.к. в организме человека нет ферментов, которые могли бы расщеплять лактулозу.

Это один из немногих слабительных препаратов, одобренных FDA к применению у беременных и относящихся к классу В (нет доказательств повреждающего действия на плод), т.к. не обладает тератогенным и эмбриотоксическим эффектами. Препарат не оказывает отрицательного воздействия на тонус миометрия и электролитный баланс. Дюфалак относится ко II группе слабительных средств — осмотические слабительные средства, увеличивающие объем кишечного содержимого. Клиническая эффективность препарата Дюфалак обусловлена его влиянием на метаболизм кишечной микрофлоры. Дюфалак обладает уникальным сочетанием осмотического и пребиотического эффектов, не расщепляется и не всасывается на протяжении всего ЖКТ, попадая в толстую кишку в неизменном виде, где под действием бифидо- и лактобактерий расщепляется до короткоцепочечных жирных кислот. В результате этого содержимое кишечника подкисляется и повышается осмотическое давление в толстой кишке, что предотвращает обратное всасывание воды и увеличивает кишечное содержимое. Увеличение биомассы сахаролитических бактерий также приводит к увеличению кишечного содержимого, которое вызывает усиление перистальтики. Тем самым осуществляется мягкая регуляция функции кишечника и развивается слабительное действие.

Его большое преимущество заключается в том, что он является источником углеводов и энергии для лактат-продуцирующих бактерий (особенно различных видов *Bifidobacterium* и *Lactobacillus*), в связи с чем происходит их усиленное размножение в кишечнике. Увеличение объема биомассы бактерий потенцирует слабительный эффект, при этом оказывает пребиотический эффект. Кроме того, данное увеличение количества сахаролитических бактерий сопровождается активной утилизацией аммиака и азота аминокислот, снижается образование аммиака протеолитическими бактериями. Это способствует снижению нагрузки на печень, которая при беременности несет двойную нагрузку.

Таким образом, препарат Дюфалак обладает комплексным положительным воздействием на организм беременной женщины. В связи с высокой эффективностью, хорошей переносимостью, отсутствием неблагоприятного влияния на организм матери и плода, наличием пробиотического и слабительного эффектов, Дюфалак может быть рекомендован как надежное средство для лечения запоров у беременных.



ЛИТЕРАТУРА

- Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. (ред). Краткое руководство по гастроэнтерологии. М.: М-Вести, 2001.
- Парфенов А.И. Понос и запор // Клиническая медицина. 1997; 3: 53–60.
- Парфенов А.И. Профилактика и лечение запоров у беременных // Гинекология. 2002; 4 (3): 14–7.
- Подзолкова Н.М., Назарова С.В. Новые возможности лечения толстокишечного стаза у беременных // Гинекология. 2004; 6 (6): 22–7.
- Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии. М.: Триада X, 2002.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.



Дюфалак® — мягкое слабительное для взрослых и детей

Дюфалак®
Лактулоза

2012/05-688



- ▶ Мягко устраняет запор и восстанавливает нормальную работу кишечника
- ▶ Способствует росту собственной микрофлоры кишечника
- ▶ Может применяться у детей с первых дней жизни, а также у беременных и кормящих женщин

Дюфалак® (Duphalac®)

МНН: лактулоза.

Регистрационный номер: П N011717/02

Лекарственная форма: сироп. **Фармакологические свойства:** оказывает гиперосмотическое слабительное действие, стимулирует перистальтику кишечника, улучшает всасывание фосфатов и солей Ca 2+, способствует выведению ионов аммония. **Показания к применению:** запор; регуляция физиологического ритма опорожнения толстой кишки; размягчение стула в медицинских целях (геморрой, состояние после операции на толстой кишке и в области анального отверстия); печеночная энцефалопатия; лечение и профилактика печеночной комы или прекомы. **Противопоказания:** галактоземия; кишечная непроходимость; повышенная чувствительность к любому компоненту препарата. **С осторожностью:** непереносимость лактозы; пациенты с печеночной (пре)комой, страдающие сахарным диабетом; ректальные кровотечения недиагностированные; колостома, илеостома. **Применение при беременности и в период лактации:** в случае необходимости лактулозу можно назначать во время беременности и лактации. **Способ применения и дозы:** препарат предназначен для приема внутрь. Лактулоза может быть назначена в виде однократной дневной дозы или эта доза может быть поделена на две, используя мерный стаканчик. В случае приема одной дозы в день, ее необходимо принимать в одно и то же время, например, во время завтрака. Все дозировки должны подбираться индивидуально. **Дозировка при лечении запора или для размягчения стула в медицинских целях:** взрослые: начальная доза — 15-45 мл, поддерживающая — 15-30 мл; дети 7-14 лет: начальная доза — 15 мл, поддерживающая — 10-15 мл; дети 1-6 лет: начальная и поддерживающая доза — 5-10 мл; дети до 1 года: начальная и поддерживающая доза — 5 мл. **Дозировка при лечении печеночной комы и прекомы:** начальная доза 3-4 раза в день по 30-45 мл. Затем переходит на индивидуально подобранную поддерживающую дозу так, чтобы мягкий стул был максимально 2-3 раза в день. **Побочное действие:** в первые дни приема лактулозы возможно появление метеоризма. Как правило, он исчезает через несколько дней. **Полная информация о побочных эффектах представлена в инструкции по применению. Передозировка:** симптомы: при использовании очень высокой дозы возможны боль в животе и диарея. **Лечение:** необходимо уменьшить дозу или прекратить прием препарата. **Взаимодействие с другими лекарственными препаратами:** исследования по взаимодействию с другими лекарственными препаратами не проводились. **Особые указания:** лактулоза должна назначаться с осторожностью пациентам с непереносимостью лактозы. При лечении печеночной (пре)комы) обычно назначают более высокие дозы препарата, что должно учитываться в отношении пациентов с сахарным диабетом. Пациенты с редкими врожденными нарушениями, такими как непереносимость галактозы, дефицит лактазы Лапла или мальабсорбция глюкозы-галактозы, не должны использовать данный лекарственный препарат. **Влияние на способность к управлению автомобилем и другими механизмами:** применение препарата Дюфалак® не влияет или оказывает незначительное влияние на способность к управлению автомобилем и механизмами. **Полная информация по препарату представлена в инструкции по применению. Имеются противопоказания, перед применением проконсультируйтесь со специалистом.**
ИМПГ от 04.04.2011

ООО «Эбботт Лэбораториз»

125171, Москва, Ленинградское шоссе, 16а, стр. 1, 6 этаж
Тел. +7 (495) 258 42 80; факс: +7 (495) 258 42 81

www.duphalac.ru
www.gastrosite.ru
www.abbott-russia.ru

Abbott
A Promise for Life

РЕКЛАМА